



**Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Nidzicy  
ul. Mickiewicza 23  
tel. (89) 625 05 00**

.....  
(imię i nazwisko Pacjenta)

..... dnia .....  
(miejscowość)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(seria i nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości)

### UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/ią.....  
legitymującą się dowodem tożsamości.....  
(nazwa dokumentu, seria i numer)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej dotyczącej **PORADNI/ ODDZIAŁU/ PRACOWNI/ ZAKŁADU**

.....  
(nazwa poradni/ oddziału/ pracowni/ zakładu)

z okresu leczenia.....  
(wskazać daty od.....do.....)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)